



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**LESIONES POR VIOLENCIA FÍSICA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” EN EL
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2019.**

Proyecto de investigación previo
a la obtención del título de
Médico

Autoras:

Leyda Coralía Loor Martínez

CI: 0923407753

Correo electrónico: leydaloor_15@hotmail.com

Isabel Carolina Moncada Albarracín

CI: 1726096108

Correo electrónico: belcmoncada93@gmail.com

Directora:

Dra. Viviana Ivanova Barros Angulo

CI: 0102900768

Cuenca - Ecuador

18-febrero-2021

RESUMEN

Antecedentes: En la actualidad, las lesiones en general afectan a una considerable cantidad de personas a nivel mundial, debido a actos de violencia causados por distintos eventos, grupos, otro individuo e incluso por el mismo sujeto.

Objetivo: Determinar las lesiones por violencia física atendidas en el servicio de Emergencia del Hospital “José Carrasco Arteaga” en el periodo enero – diciembre del 2019.

Metodología: Estudio transversal descriptivo que se realizó en el servicio de Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga a través de la revisión completa de 350 historias clínicas al azar en el Sistema AS400 y la elaboración de un cuestionario estructurado. El análisis se llevó a cabo con el software Excel y en el SPSS en su versión 23.

Resultados: Las lesiones más frecuentes fueron en los miembros superiores con 50,3%, seguido por la cabeza 31,4%, el porcentaje de las fracturas cerradas/deformidad de 35,1% y heridas no penetrantes 31,1%. La edad media fue de 37 años, el género más frecuente fue el masculino con 71,4%. En lo que concierne al tipo de atención médica, la mayoría recibió asistencia ambulatoria con 53,10%, las variables sociodemográficas no se encontraron estadísticamente asociadas a los tipos de lesiones reportadas.

Conclusión: Las lesiones más frecuentes en este análisis se comparan con las obtenidas en otras regiones en Latinoamérica lo cual expone que es una situación que sigue poniendo en riesgo a la población y que se deben tener en cuenta al momento de evaluar pacientes en la emergencia.

Palabras claves: Lesión. Trauma. Daño. Violencia. Abuso.

ABSTRACT

Background: Today, injuries in general affect a considerable number of people worldwide, due to acts of violence caused by different events, groups, another individual and even by the same subject.

Objective: To determine the injuries due to physical violence treated in the Emergency service of the “José Carrasco Arteaga” hospital in the period January - December 2019.

Methodology: A descriptive, cross-sectional, retrospective study was carried out in the Emergency Service of the José Carrasco Arteaga Hospital through the complete review of 350 random medical records in the AS400 System and the elaboration of a structured questionnaire. The analysis was carried out with Excel and SPSS software version 23.

Results: The most frequent injuries were in the upper limbs (50.3%), followed by the head (31.4%), closed fractures / deformity (35.1%) and non-penetrating wounds (31.1%) predominated. The mean age was 37 years; the most frequent gender was male with 71.4%. Regarding the type of medical care, the majority received outpatient care with 53.10%, the sociodemographic variables were not found statistically associated with the types of injuries reported.

Conclusion: the most frequent injuries in this analysis are compared with those obtained in other regions in Latin America, which shows that it is a situation that continues to put the population at risk and that they should be considered when evaluating patients in emergencies.

Keywords: Injury. Trauma. Harm. Violence. Abuse.



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	5
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
AGRADECIMIENTO	9
DEDICATORIA	10
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II	16
FUNDAMENTO TEÓRICO	16
CAPÍTULO III	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
CAPÍTULO IV	26
4.1 TIPO DE ESTUDIO	26
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	26
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	26
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
4.5 VARIABLES	27
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	27



4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	28
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	28
4.9 RECURSOS	29
CAPITULO V	30
5. RESULTADOS	30
CAPÍTULO VI	41
6. DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO VII	43
7.1 CONCLUSIONES	43
7.2 RECOMENDACIONES	43
CAPÍTULO VIII	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
CAPÍTULO IV	49
ANEXOS	49
ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN PARA ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS.	51
ANEXO 3. RECURSOS MATERIALES	53
ANEXO 4. DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES	54



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, LEYDA CORALÍA LOOR MARTÍNEZ en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del Proyecto de Investigación “LESIONES POR VIOLENCIA FÍSICA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2019”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de febrero del 2021

Leyda Coralía Loor Martínez

C.I: 0923407753



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, ISABEL CAROLINA MONCADA ALBARRACÍN en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del Proyecto de Investigación “LESIONES POR VIOLENCIA FÍSICA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2019”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de febrero del 2021

Isabel Carolina Moncada Albarracín

CI. 1726096108



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Leyda Coralía Loor Martínez autora del Proyecto de Investigación “LESIONES POR VIOLENCIA FÍSICA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2019”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 18 de febrero del 2021.

Leyda Coralía Loor Martínez

C.I. #0923407753



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Isabel Carolina Moncada Albarracín autora del Proyecto de Investigación “LESIONES POR VIOLENCIA FÍSICA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2019”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 18 de febrero del 2021.

Isabel Carolina Moncada Albarracín

C.I. #1726096108



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por la vida, a nuestros padres, amigos y familia por su apoyo incondicional, nuestros docentes y maestros que a lo largo de este camino han sembrado conocimiento en nosotras, no solo con teoría y práctica, sino también por enseñarnos a ver a las personas con los ojos del alma. En especial a la Dra. Viviana Barros y a la Dra. Lorena Mosquera quienes ayudaron y guiaron para que la elaboración de este proyecto de investigación sea posible.

A la Universidad de Cuenca y la Facultad de Ciencias Médicas, por los años de formación brindados en sus aulas, sin duda llevamos cada uno de ellos en nuestras mentes y corazones.

Quedamos eternamente agradecidas.

Las autoras.



DEDICATORIA

A Ferrer y Ramón, por los años de sacrificio, amor y esfuerzo dados para que mi sueño de ser médico fuera posible, porque cuando ni yo creía en mí, ustedes no dudaron ni un solo instante. Sin duda este logro no es solo mío sino de ustedes, son el pilar de mi vida.

Los amo con todo mi ser.

Leyda Coralía Loor Martínez



DEDICATORIA

En primer lugar, dedico este trabajo a mis padres Clara y Manuel por ser mi principal apoyo en cada día de la carrera, porque siempre me incentivaron a continuar y que con esfuerzo y sobre todo humildad lo lograría. Luego a mi hermana menor Mishel; mi motor para seguir en la lucha y tener presente que hay alguien quien sigue mis pasos y por ende me incentiva a superar cualquier obstáculo y a ser mejor persona.

Isabel Carolina Moncada Albarracín

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Diariamente la calidad de vida de aproximadamente 14.000 personas se ve afectada por lesiones, cuyas causas más comunes son actos de violencia, quemaduras, caídas, ahogamientos, envenenamientos, así como accidentes de tránsito que a su vez pueden originar la muerte conllevando a un alto costo emocional y/o económico en la familia y comunidad relacionada. Estos eventos son considerablemente desatendidos por la institución médica a nivel mundial desde hace tiempo, tomando en cuenta que se pueden predecir y prevenir ¹.

Cerca de 5 millones de personas mueren anualmente debido a diversas lesiones, lo cual significa el 9% de los decesos a nivel global, 1,7 veces más que el número de fallecimientos por VIH/SIDA, tuberculosis y malaria combinadas, también aproximadamente una cuarta parte de las defunciones por lesiones provenientes de homicidios y suicidios, otras se deben a accidentes de tránsito que igualmente significan otra cuarta parte. ²

Existen pruebas en diversos países que dan pie a alcanzar efectivamente mejoras en la prevención de lesiones y actos violentos por medio de acciones específicas que integran al sector médico, sin estar limitadas a esta. A nivel internacional los gobiernos, sociedades civiles y comunidades deben trabajar conjuntamente para establecer estas medidas comprobadas para así disminuir pérdidas de vidas innecesarias que suceden diariamente debido a estas situaciones.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema radica en la cantidad de muertes mencionadas anteriormente aunado a que solo representan una pequeña porción de los heridos, millones de personas son afectadas por lesiones que llevan a diversas situaciones como tratamiento de medicina general, estadías en el departamento de Emergencias e incluso hospitalizaciones. Estas cifras, aunque son relativas, pueden ser mostradas a través de un gráfico piramidal y este tipo de representación varía no solamente por la gravedad de la lesión, sino por otros elementos como el país y sus políticas, calidad de la información disponible y sobretodo el acceso a los servicios de atención médica lo cual otorga el comportamiento piramidal ³.

Dicho esto, la mayoría de los sobrevivientes de todas estas eventualidades (accidentes de tránsito, intentos de suicidio, actos de violencia) tienen consecuencias como sufrir de discapacidades temporales o permanentes, que son causantes de cerca del 6% de todos los años vividos con esa incapacidad ⁴.

Por otro lado, se ha dejado en evidencia que la violencia de pareja y/o sexual, así como el maltrato infantil poseen un alto rango de consecuencias negativas para la salud que pueden ser acarreadas durante toda la vida, estos maltratos significan un aporte notable a la depresión, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, también proporcionalmente incrementando la posibilidad de involucrarse en actos de riesgo como consumir drogas, fumar y abuso de alcohol, por ende, mediante estas actitudes se pueden contraer enfermedades cardiovasculares, hepáticas, diabetes, cáncer y otras patologías crónicas ^{5,6}.

La violencia se ha convertido en un grave problema de salud pública, pues según la Organización Mundial De Salud (OMS) en su *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, las trabas empiezan con el solo hecho de plantear una definición de esta, esto debido a que en diferentes prácticas culturales las lesiones provocadas por la misma persona suelen ser aceptadas y obviadas en el momento de su monitorización. Además, dicho informe menciona que cada año un millón de personas aproximadamente mueren por esta causa, dentro de ellos menores de edad ⁷.

En Ecuador un estudio emitido por el Ministerio del Interior reveló que en el año 2014 hubo 1.303 homicidios denunciados, es decir, una tasa de 8,3 homicidios por cada 100.000 habitantes, encontrando aquí la necesidad de tratar el tema, que se prevé va en aumento ⁸, mientras que las cifras documentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) exponen que para el año 1990 hubo 6.617 muertes violentas a nivel nacional, cifra que se elevó a 8.689 para el 2016, siendo todas las causas más frecuentes en los hombres y el grupo etario entre los 20 y 34 años ⁹.

Previo al análisis de la mortalidad por violencia y con la finalidad de prevenirla es factible reconocer también las lesiones que son provocadas en este ámbito, pues estas pueden ser diversas dependiendo de la región, la situación económica, sexo y edad, además de que pueden tener repercusiones leves o graves e incluso llegar a la muerte, con esta premisa y ante la necesidad predominante de obtener cifras locales sobre esta problemática planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuántos pacientes con diagnóstico de lesiones por violencia física son atendidos en la Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga?

¿Cuál es frecuencia y porcentaje de hombres y mujeres con diagnóstico de lesiones por violencia física son atendidos en la Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga?

¿Cuáles son los principales tipos de lesiones por violencia física que se tratan en estos tipos de pacientes?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Se ha decidido realizar este estudio, porque, tanto en la ciudad de Cuenca como en el Ecuador no se cuenta con datos estadísticos sobre las lesiones por violencia que han sido atendidas en los servicios de emergencia de los diferentes hospitales. Como estudiantes de medicina, en la práctica diaria hemos observado que varios de estos problemas no se tratan ni se registran con la debida importancia.

El presente estudio se encuentra dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública, en el área de lesiones autoinfligidas y violencia interpersonal, en la sublínea de violencia.

Los principales beneficiarios de este estudio serán los médicos, personal de salud, estudiantes de medicina, estudiantes de jurisprudencia y personal administrativo del Hospital José Carrasco Arteaga, los mismos que al leerlo obtendrán más información sobre la violencia que se vive en nuestra ciudad, esto contribuirá al mejoramiento continuo que posee esta casa de salud.

Los datos que se obtengan en el presente estudio servirán para futuras investigaciones, los resultados conseguidos se archivarán en la biblioteca de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca para su revisión o consulta.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

Todo estudio minucioso acerca de la violencia debe iniciarse estableciendo sus distintos tipos para poder agilizar su medición científica, si bien hay varias formas para conceptualizarla, la OMS lo hace de la siguiente manera: “El uso intencional de fuerza o poder físico, amenazado o real, contra uno mismo, otra persona o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación”⁷. Este concepto usado por este organismo vincula la intencionalidad con la ejecución del acto como tal indiferentemente de cómo resulte, apartando las definiciones de incidentes no voluntarios como aquellas originadas por accidentes de tránsito y quemaduras.

La incorporación de la palabra “poder” junto con la oración “uso de la fuerza física” extiende la naturaleza de una acción violenta, así como su comprensión acostumbrada pues debe integrar aquellos hechos que provienen de una relación de poder, también intimidación y amenazas. El “uso de poder” aplica también para incorporar sucesos de negligencia u omisión de esta, así como actos de violencia más obvios de llevar a cabo, dicho esto, “el uso de la fuerza física o el poder” debe darse por sabido que abarca todo tipo de abuso físico, sexual y psicológico como también la negligencia y otros eventos de auto-abuso como el suicidio⁷.

Esta acepción integra varios resultados como el daño psicológico, privación y el mal desarrollo, manifestando una creciente afirmación entre profesionales e investigadores acerca de la necesidad de incorporar todo tipo de violencia que no implica lesiones y/o la muerte y, sin embargo, significa una carga notable para las personas, familias, comunidades y sistemas de atención de salud a nivel mundial. Variadas maneras de violencia hacia niños, mujeres y ancianos podrían ocasionar inconvenientes psicológicos, sociales y físicos que de por si no implican lesiones, discapacidad o muerte, a pesar de esto sus repercusiones pueden ser inmediatas, latentes o durar mucho tiempo luego del abuso inicial^{10,11}.

Para poder establecer o crear una tipología de la violencia que la caracterice con sus diversas variaciones y conexiones entre ellas, la Asamblea Mundial de la Salud convocó a la OMS en su resolución WHA49.25 de 1996, de esta forma separando en 3 grandes clases de acuerdo a las características de quien ejecuta el hecho violento, diferenciando si el evento es hacia la misma persona, a otro individuo o un grupo pequeño de sujetos, así como conjuntos más grandes como estados, grupos políticos, milicias y organizaciones terroristas ¹².

Dicho esto, se definió de la siguiente manera:

Violencia Autodirigida:

Se subdivide en abuso hacia el mismo individuo y comportamientos suicidas, donde el primero constituye básicamente ideas de automutilación y el segundo acerca del suicidio, así como sus intentos también denominados “Parasuicida” o “Autolesión deliberada” en ciertas regiones y suicidios completados ¹³.

Violencia Interpersonal:

Esta incluye dos clases:

Violencia familiar y de pareja íntima:

La cual se da entre miembros de un círculo familiar y la persona con quien se tenga una relación, siendo usualmente, aunque no limitada a llevarse a cabo en el hogar. Este incluye abuso infantil, al adulto mayor y violencia de pareja ¹³.

Violencia comunitaria:

Ocurre entre individuos que no tienen relación alguna e incluso pueden conocerse o no, habitualmente pasa fuera del hogar. Este abarca violencia en la juventud, violación o asaltos sexuales a extraños, a instituciones como escuelas, prisiones, hogares de ancianos y lugares de trabajo, en general, hechos al azar de violencia ¹³.

Violencia Colectiva:

Puede ser social, política y económica que en contraste con las nombradas anteriormente está dirigida a conjuntos más grandes, manifestándose en crímenes de odio por grupos organizados, actos terroristas y violencia callejera.

Por otro lado, la de tipo política se enfoca en la guerra, conflictos bélicos y hechos de violencia estatal, ejecutada por grupos mayores. Finalmente, la económica está centrada en ataque de grupos cuyos intereses son de esta índole, impidiendo cualquier acción relacionada como servicios esenciales, originando separaciones económicas y fragmentaciones que evidentemente poseen motivos determinados ¹³.

Naturaleza de la violencia

- Física
- Sexual
- Psicológica
- Que implica privación o negligencia

Estos cuatro tipos de actos violentos ocurren en cada una de las categorías generales y sus subcategorías descritas anteriormente, con la excepción de la violencia autodirigida. Por ejemplo, la violencia contra los niños cometidos dentro del hogar puede incluir abuso físico, sexual y psicológico, así como negligencia. La comunitaria puede implicar agresiones físicas entre jóvenes, violencia sexual en el lugar de trabajo y abandono de personas mayores en centros de atención a largo plazo. La violencia política puede comprender actos como la violación durante los conflictos, así como la guerra física y psicológica ¹³.

Estos modelos no son los más precisos y a pesar de no ser globalmente aceptados dan un marco útil para entender estos comportamientos que también ocurren en la vida diaria de las personas, familias y comunidades, a su vez, rebasa muchos obstáculos inherentes a otras caracterizaciones de la violencia al considerar los actos como tal, la importancia del ambiente donde se da, así como el vínculo entre la víctima y el victimario, para la violencia colectiva se podría detectar los impulsos para llevarla a cabo; con todas las investigaciones ejecutadas de forma teórica y empírica, hoy en día la habilidad de discernir entre un tipo de violencia y otra no es sencillo ¹³.

Lesiones

Las lesiones o heridas se pueden clasificar de la siguiente forma ¹⁴:

Según el agente

Incisas: se originan debido a la acción de un agente de tipo cortante, ya sea por tracción rápida y/o presión de este. Suelen ser lesiones muy sangrantes, con bordes bien definidos y con una profundidad fácil de apreciar al momento de separar los bordes ¹⁴.

Contusas: estas suelen ser derivadas en mayor proporción de la intensidad del golpe con el objeto y dependiendo de este variará la característica de la lesión, sus bordes suelen ser aplastados y de forma común se pueden ver un estallido de los tejidos que deben ser explorados muy bien para identificar la presencia de cuerpos extraños y evitar infecciones ¹⁴.

Punzantes: son ocasionadas por objetos de tipo punzantes y alargados, su profundidad es muy variable y no suele ser fácil de apreciar ¹⁴.

En colgajo: esta se encuentra caracterizada por ser una parte de la piel que se encuentra unida a otra porción de esta mediante un pedículo, son frecuentemente observadas en la cara anterior de la rodilla y posterior del codo debido a que son zonas laxas ¹⁴.

Por desgarro o arrancamiento: se derivan de una acción de tracción sobre el tejido, suelen ser irregulares, con bordes despegados e incluso pueden estar asociados con otro tipo de afectación orgánica ¹⁴.

Con pérdida de sustancia: estas se parecen a las lesiones en colgajo, sin embargo, en este caso falta la unión a través del pedículo ¹⁴.

Según el riesgo de infección

Se clasifican en:

Heridas no infectadas, pero sí contaminadas: estas por lo general son lesiones incisas, de bordes definidos, simples y limpias. El riesgo de que se infecte puede derivarse de una mala atención a estas heridas. Se recomienda que sean asistidas dentro de las primeras 8 horas y dependerá de si se trata de una zona con amplia vascularización ¹⁴.

Heridas infectadas: en estas se encuentra una importante proporción de microorganismos en el tejido e incluso pueden estar acompañadas de cuerpos extraños lo que dramatiza más el cuadro clínico ¹⁴.

Dentro de las lesiones infectadas se encuentran las siguientes:

Heridas muy evolucionadas (son las que tienen una evolución de más de 6 u 8 horas antes de su tratamiento) ¹⁴.

Heridas simples, pero complicadas dentro de su evolución clínica ¹⁴.

Heridas contaminadas y complejas (por afectación de músculos, vasos, nervios, etc.) ¹⁴.

Según su evolución

Existen dos tipos:

- Heridas simples o superficiales.
- Heridas graves.

Hay síntomas comunes para los diferentes tipos de heridas:

Dolor: cuya intensidad es variable y depende de diferentes factores como lo son el lugar donde se encuentra localizado, tipo de objeto con el que se realizó y umbral de sensibilidad del individuo que la padece ¹⁴.

Hemorragia: pueden acompañar a las lesiones como resultado de una sección o corte de vasos sanguíneos, cuya intensidad dependerá del calibre de estos ¹⁴.

Separación de los bordes: ocurre debido a la retracción de las fibras elásticas que forman las partes blandas, dicha separación dependerá de la dirección en la que ocurra la lesión ¹⁴.

Prevención de lesiones y violencia

Considerando los crecientes conocimientos de la gravedad del problema, los encargados en la atención, prevención tanto control de las lesiones como de la violencia por medio de políticas y leyes que soporten esta ayuda son escasos. Si bien los fallecimientos debido a enfermedades transmisibles están en reducción respecto a aquellas por lesiones y violencia,

no deja de ser preocupante pues la segunda posee un sinnúmero de estrategias con bases científicas sólidas que evidencian ser efectivas en la disminución de estos eventos ¹⁵.

En los últimos años, estas disminuciones se han manifestado contundentemente en países en desarrollo a través de diversas medidas preventivas y de tratamiento. Por ejemplo, en Suecia se ha rebajado exitosamente los porcentajes de lesiones en niños en un 80% y en las niñas en un 75%, a pesar de los avances realizados todos los países deben incrementar su capital y dirigirlo hacia estas resoluciones ¹⁶.

Aunque numerosos países han conseguido bajar sus tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en los últimos años, existen casos donde estos eventos lograron equilibrarse apenas en los años setenta y ochenta, implicando que necesitan mayor inversión para disminuir sus cifras mejorando la atención médica y servicios de trauma ¹⁶.

Por supuesto, la meta ideal es que las lesiones jamás ocurran y para esto lo que se quiere es que se reduzca las incapacidades y mala salud que se origina por estos eventos, también proporcionando atenciones de calidad y servicios de apoyo a los afectados por violencia y lesiones para así evitar fallecimientos; a través de todo esto se puede lograr que la víctima pueda enfrentar más fácilmente estas situaciones y repercusiones. También mejorando la planificación, organización y acceso a sistemas de atención traumatológica, incluyendo la prehospitalaria y hospitalaria ¹⁶.

Existen ejemplos de lo mencionado en Tailandia y México, en el primer país se instauró un programa para estudiar apropiadamente la calidad de atención médica logrando disminuir la cantidad de fallecimientos de los pacientes con trauma ingresados a un centro de trauma mayor. En la segunda nación, se logró básicamente aumentando el número de estaciones ambulatorias que como consecuencia aumentó el nivel de respuesta del personal de atención prehospitalaria aunada a sesiones de capacitación ¹⁶.

Otorgar sesiones apropiadas de rehabilitación a personas discapacitadas eliminando barreras de atención, así como la participación económica y social pueden garantizar que los sujetos afectados logren llevar una vida lo más normal, plena y agradable posible.

Estado del Arte

Actualmente la bibliografía mundial en referencia a la frecuencia de actos de violencia como causa de consulta se encuentra limitada principalmente a casos de niños y mujeres, sin embargo es relevante destacar que los jóvenes y adultos pueden sufrir lesiones debido a este tipo de actos que deberían ser documentados con la misma importancia porque representan una carga tanto para el individuo y la familia al igual que para el sistema de salud, por lo cual a continuación se exponen los principales antecedentes de esta investigación.

Los actos violentos hacia los niños y adolescentes representan un problema de salud pública a nivel mundial, comprometiendo el bienestar físico y mental, por ende, causando daños muchas veces irreversibles. Estudios acerca de esta temática significan un aporte primordial para la prevención y protección de esta población, dicho esto, el objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de lesiones físicas que ocurren en entornos domésticos e informados a la Red de Protección de Niños y Adolescentes.

Este análisis retrospectivo se llevó a cabo en el Centro de Epidemiología del Municipio de Curitiba en Brasil, evaluando 10.483 reportes entre 2010 y 2011, entre estos se filtraron informes de lesiones físicas ocurridos en un círculo familiar, donde hubiese niños y adolescentes entre 0 y 17 años de edad, obteniendo 322 casos de abuso físico en un entorno familiar solo en 2010, de estos 57,1% eran de sexo masculino y 42,9% femeninos, por otro lado, el 58% (187) tenían lesiones en la cabeza y cuello.

También, se encontraron 342 reportes en 2011 donde 49% eran de sexo masculino y 51% femeninos, en este caso las lesiones en cabeza y cuello significaron un 65% (222) del total. Con respecto a la prevalencia de lesiones, esta aumentó en un 6% y para cabeza y cuello en un 19% entre 2010 y 2011. Dando pie a concluir que el abuso físico se puede vincular a una notable prevalencia a lesiones en esas partes del cuerpo¹⁷, este antecedente se toma en cuenta debido a que se encuentran las descripciones de la localización de las lesiones tal como se espera realizar en el presente estudio de investigación.

Del mismo modo en un reporte realizado en Vietnam para determinar la frecuencia de violencia física en jóvenes entre los 14 y 25 años y sus factores asociados, se expuso que el 2,2% informó lesiones causadas por el comportamiento violento de un miembro de la familia y el 8% por miembros no familiares, lo que demuestra una tasa significativamente mayor entre los hombres que entre las mujeres (13,6% vs. 2,4%). Las características de los jóvenes con mayor probabilidad de lastimar a otros incluyen: sexo masculino, embriaguez en algún momento, víctimas de lesiones intencionales, participantes de disturbios grupales y portadores de armas. Los jóvenes que habían sido miembros de organizaciones sociales masivas o clubes en la comunidad tenían la mitad de las probabilidades de herir a otras personas que aquellos que no estaban afiliados a dichos conjuntos.

Las mujeres tenían casi cuatro veces más probabilidades que los hombres de intentar suicidarse. Otros factores de riesgo para los intentos de suicidio fueron la embriaguez (OR 2,7, IC 95% 1,3-5,4), alguna vez haber sido víctima de lesiones intencionales por parte de un miembro de la familia (OR 3,3, IC 95% 1,1-11,5) o haber tenido sentimientos de desesperanza (OR 6,5, IC 95% 3,3-13,6)¹⁸, este estudio se consideró debido a que incluye factores asociados y un grupo etario que si bien no es exacto incluye una proporción de aquellos que serán evaluados en el presente trabajo.

Del mismo modo en un análisis expuesto en Estados Unidos, se documentó que la violencia doméstica es un crimen extremadamente poco reportado y un inconveniente social creciente en este país. Sin embargo, la verdadera carga del problema sigue siendo desconocida, por lo cual el objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia reportada de violencia doméstica entre pacientes con trauma. Se incluyeron un total de 16.575 pacientes con trauma que experimentaron violencia doméstica. De estos sujetos con trauma, 10.224 (61,7%) eran niños, 5.503 (33,2%) eran adultos y 848 (5,1%) eran personas de edad avanzada. La edad media (DE) fue de 15,9 (20,6), la puntuación media de gravedad de la lesión (DE) fue de 10,9 (9,6), y 8.397 (50,7%) fueron pacientes varones. Las lesiones en la cabeza (46,8% de los evaluados) y las fracturas de extremidades (31,2% de los considerados) fueron las lesiones más comunes.

Un total de 12.515 pacientes (75,1%) fueron dados de alta y la tasa de mortalidad general fue del 5,9% ($n = 980$). La prevalencia general informada de violencia doméstica entre pacientes con trauma fue de 5,7 casos por cada 1.000 altas de centros de trauma. La prevalencia de violencia doméstica aumentó entre los niños (14 casos por 1.000 altas de centros de trauma en 2007 a 18,5 casos por 1.000 altas de centros de trauma en 2012; $P = 0,001$) y adultos (3,2 casos por 1.000 altas en 2007 a 4,5 casos por 1.000 altas en 2012; $P = 0,001$) durante el período de 6 años y se mantuvo sin cambios para los pacientes de edad avanzada (0,8 casos por 1.000 altas en 2007 a 0,96 casos por 1.000 altas en 2012; $P = 0,09$).

En el subanálisis de pacientes adultos y ancianos, la prevalencia de violencia doméstica aumentó tanto en mujeres (4,6 casos por 1.000 egresos en 2007 a 5,3 casos por 1.000 egresos en 2012; $P = 0,001$) como en hombres (1,5 casos por 1.000 egresos en 2007 a 2,8 casos por 1.000 descargas en 2012; $P = 0,001$) ¹⁹.

En este mismo orden de ideas en Sri Lanka se documentó esta problemática en la cual se reporta que las lesiones representan aproximadamente el 11% de todos los ingresos hospitalarios en este país, sin embargo, no hay datos publicados disponibles con respecto a la incidencia comunitaria de estas, por lo cual el objetivo del análisis fue determinar la incidencia comunitaria de lesiones físicas intencionales y no intencionales en una comunidad rural en dicho país, exponiéndose que hubo 85 lesiones graves en la comunidad durante el año de estudio. Esto da una incidencia de lesiones mayores de 82,6 por 1.000 personas años, que es tres veces la incidencia basada en datos derivados del hospital ²⁰.

De igual forma, en un informe hecho en Paraguay, se expuso la frecuencia de lesiones por violencia en niños, se identificó que el 74,8% de los evaluados sufrió algún tipo de violencia, siendo la física reportada en el 64% de los casos ²¹, en Ecuador no se han documentado cifras que deriven de centros hospitalarios en referencia a esta problemática por lo cual se justifica plenamente la realización del presente estudio de investigación.

CAPÍTULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las lesiones por violencia física atendidas en el servicio de Emergencia del Hospital “José Carrasco Arteaga” en el período enero – diciembre del 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la localización y los tipos de lesiones por violencia física en los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga.
- Determinar las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción, procedencia) de los pacientes que consultaron por lesiones por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga.
- Identificar la frecuencia y porcentaje de pacientes con lesiones por violencia física que requirieron tratamiento médico ambulatorio versus tratamiento quirúrgico.
- Correlacionar las características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de instrucción, procedencia) de los pacientes que consultaron por lesiones por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga con los tipos de lesiones.

CAPÍTULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, descriptivo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo finito de 3933 pacientes que acudieron por presentar lesiones por violencia física en el período enero – diciembre 2019, se revisaron el total de las historias en el sistema AS400, cuyo diagnóstico fue a causa de un acto de violencia física.

Posterior a la revisión de los datos se procedió a realizar un cálculo muestral, tomando en consideración un universo de 3933 personas, al no tener una frecuencia de factores de riesgo asociados a este tipo de condiciones en la localidad, se utilizó una frecuencia esperada de 50%, un margen de error de 5% y un nivel de confianza del 95% a través de la aplicación de Epi info como se documenta a continuación:

Population survey or descriptive study using random (not cluster) sampling	
Confidence Level	Sample Size
80%	158
90%	253
95%	350
97%	421
99%	568
99.9%	849
99.99%	1093
Population size:	3933
Expected frequency:	50%
Confidence limits:	5%

Obteniendo una muestra mínima de 350 pacientes, los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria a través del programa SPSS.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán:

- Registro de historias clínicas de pacientes entre 18 y 64 años que hayan acudido con el diagnóstico principal de lesiones por violencia física atendidos en el Hospital “José Carrasco Arteaga”.
- Registro de historias clínicas digitales completas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán:

- Registros de historias clínicas de pacientes cuyos datos sean incoherentes o inconclusos.

4.5 VARIABLES

Ver Anexo 1.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

MÉTODO: Para el presente estudio se recurrió a un diseño no experimental de corte transversal sustentado teóricamente desde el punto descriptivo que nos permite el abordaje de las variables presentadas.

TÉCNICAS: Se realizó la escogencia de forma aleatoria de las 350 historias a revisar, para posteriormente realizarla y resumir los hallazgos relevantes para el cumplimiento de los objetivos en el formulario creado para tal fin.

INSTRUMENTOS: Los datos fueron recolectados en el formulario creado por las autoras, el cual consta de las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, grado de instrucción, localización de lesión, tipo de lesión y tratamiento recibido. (Anexo 2).

PROCEDIMIENTOS

Se realizó la revisión de los diagnósticos del período de estudio comprendido entre enero a diciembre del 2019, de esta base de datos se dispuso de los números de las historias cuyos diagnósticos fueron debido a actos de violencia física, donde posteriormente se efectuó la revisión de estas.

AUTORIZACIÓN:

Se solicitó la revisión de la base de datos del centro de salud a la dirección de este.

CAPACITACIÓN:

Las autoras del presente estudio recibieron clases de metodología y fueron conocimientos que pudieron emplear en el siguiente estudio.

SUPERVISIÓN:

El presente estudio fue supervisado de inicio a fin por la directora del mismo.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

El análisis se realizó mediante el programa estadístico Excel y SPSS en su versión 23 el cual se encuentra disponible para su descarga en la web, bajo una licencia provisional, las variables cuantitativas fueron expuestas mediante medias y desviación estándar, mientras que las cualitativas fueron graficadas mediante porcentajes y recuentos, la comparación de estas se ejecutó a través de la prueba Chi cuadrado, siendo considerada estadísticamente significativa si la p es menor de 0,05, de igual manera se crearon tablas de contingencia con la finalidad de calcular el Odds ratio (OR) e Intervalo de confianza de las variables cruzadas.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, del mismo modo tomando en consideración la Declaración de Helsinki en trabajos con humanos se tomaron todas las medidas necesarias para evitar la pérdida de la confidencialidad de los individuos, por lo cual las historias al ser revisadas se guardaron en los formularios con



número y no por el nombre de los pacientes, la base de datos obtenida fue eliminada posterior a la culminación del trabajo de investigación. No fue necesaria la petición de consentimiento informado. Anexo 4. Declaración de conflictos de intereses.

4.9 RECURSOS

RECURSOS HUMANOS DIRECTOS

- Autoras: Leyda Coralía Loor Martínez – Isabel Carolina Moncada Albarracín
- Directora: Dra. Viviana Ivanova Barros Angulo

RECURSOS MATERIALES

(Anexo 3)

CAPITULO V

5. RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados del análisis según objetivos:

Objetivo 1. Describir la localización y los tipos de lesiones por violencia física en los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 1. Localización y tipos de lesiones de violencia física en los pacientes atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga.

		n	%
Localización de la Lesión	Cabeza	110	31,4%
	Tórax	22	6,3%
	Abdomen y pelvis	10	2,9%
	Miembros superiores	176	50,3%
	Miembros inferiores	32	9,1%
	Total	350	100,0%
Tipo de Lesión	Amputación dedos	6	1,7%
	Excoriación	24	6,9%
	Estrangulamiento	1	,3%
	Fractura abierta/deformidad	1	,3%
	Fractura cerrada/deformidad	123	35,1%
	Fractura expuesta	7	2,0%
	Hemorragia	2	,6%
	Herida no penetrante	109	31,1%
	Herida penetrante/arma blanca	63	18,0%
	Herida penetrante/arma de fuego	1	,3%
	Mordedura humana	4	1,1%
	Quemadura	9	2,6%
	Total	350	100,0%

Fuente: base de datos;

Elaborado por: Loor L., Moncada I.

En la tabla 1 se observa que las lesiones más frecuentes se encontraron en los miembros superiores (50,3%), seguido de la cabeza con el 31,4%, en lo que respecta al tipo de lesiones predominaron las fracturas cerradas con deformidad en un 35,1%, seguido de la herida no penetrante con el 31,1%, mientras que en el 18,0% se presentó una herida penetrante/arma blanca.

Objetivo 2. Determinar las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción, procedencia) de los pacientes que consultaron por lesiones por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes que consultaron por lesiones por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga.

		Desviación				n	%
		Media	típica	Mínimo	Máximo		
Edad		37	13	19	64		
Grupos etarios	19-44 años					251	71,7
	45-64 años					99	28,3
Sexo	Femenino					100	28,6%
	Masculino					250	71,4%
Instrucción	Analfabeto					2	,6%
	Primaria					59	16,9%
	Secundaria					192	54,9%
	Cuarto nivel					97	27,7%
	Técnico/universitaria					0	,0%
Procedencia	Rural					96	27,4%
	Urbana					254	72,6%

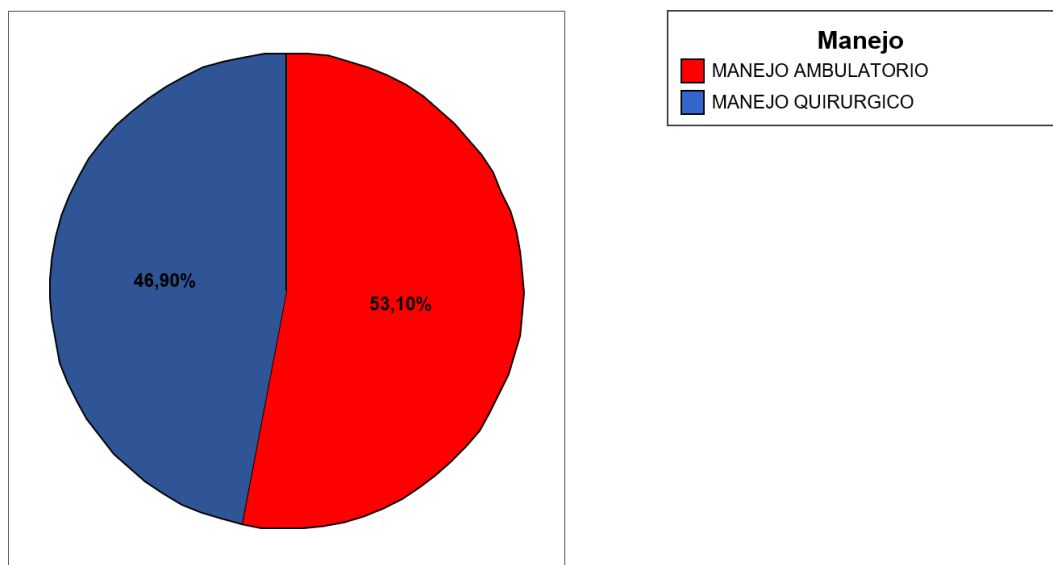
Fuente: base de datos;

Elaborado por: Loor L., Moncada I.

La media de edad de los pacientes afectados por una lesión física por violencia fue de 37 años (DE:13) con una edad mínima de 19 y máxima de 64 años, ocupando el 71,7% la categoría de 19 a 44 años (n=251) así mismo predominó el sexo masculino con un 71,4% (n=250), el nivel de instrucción más frecuente fue el de secundaria con el 54,9% (n=192) y la mayor proporción de los sujetos provino de la zona urbana en un 72,6% (n=254).

Objetivo 3. Identificar la frecuencia y porcentaje de pacientes con lesiones por violencia física que requirieron tratamiento médico ambulatorio versus tratamiento quirúrgico.

Gráfico 1. Tipo de manejo recibido por los pacientes que consultaron con lesiones por violencia física.



Fuente: base de datos;

Elaborado por: Loor L., Moncada I.

La mayor proporción de pacientes recibió un manejo ambulatorio con un 53,10% (n=186)

Objetivo 4. Correlacionar las características sociodemográficas (sexo, edad, nivel de instrucción, procedencia) de los pacientes que consultaron por lesiones por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga con los tipos de lesiones.

Tabla 3. Relación entre el sexo y tipo de lesión por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga.

		Sexo				OR	IC	p
		Masculino		Femenino				
		n	%	n	%			
Excoriación	Sí	17	6,8%	7	7,0%	0,960	0,389-2,414	0,947
	No	233	93,2%	93	93,0%			
Fractura Cerrada	Sí	91	36,4%	32	32,0%	1,216	0,743-1,991	0,607
	No	159	63,6%	68	68,0%			
Hemorragia	Sí	1	,4%	1	1,0%	0,398	0,025-6,419	0,453
	No	249	99,6%	99	99,0%			
Herida No Penetrante	Sí	77	30,8%	32	32,0%	0,946	0,574-1,557	0,827
	No	173	69,2%	68	68,0%			
Herida Penetrante: Arma Blanca	Sí	43	17,2%	20	20,0%	0,831	0,461-1,499	0,538
	No	207	82,8%	80	80,0%			
Herida Penetrante: Arma De Fuego	Sí	1	,4%	0	,0%	-----	-----	0,526
	No	249	99,6%	100	100,0%			
Mordedura Humana	Sí	3	1,2%	1	1,0%	1,202	0,124-11,69	0,874
	No	247	98,8%	99	99,0%			
Quemadura	Sí	4	1,6%	5	5,0%	0,309	0,081-1,175	0,069
	No	246	98,4%	95	95,0%			
Estrangulación	Sí	0	,0%	1	1,0%	-----	-----	0,113
	No	250	100,0%	99	99,0%			
Fractura Expuesta/abierta	Sí	7	2,8%	1	1,0%	2,852	0,346-23,482	0,309
	No	243	97,2%	99	99,0%			
Amputación De Dedos	Sí	6	2,4%	0	,0%	-----	-----	0,118
	No	244	97,6%	100	100,0%			

Fuente: base de datos;

Elaborado por: Loor L., Moncada I.



La tabla 3, en general, demuestra que de acuerdo al tipo de lesión para cada sexo destaca la fractura cerrada que perjudicó al 36,4% de los hombres y al 32,0% de las mujeres, en el caso de la herida no penetrante esta incidió en el 30,8% de las personas de género masculino y al 32% de las de género femenino, por último, la herida penetrante por arma blanca tuvo repercusiones en el 17,2% de los hombres y en el 20% de las mujeres, observándose de igual manera, que los tipos de lesiones no se diferenciaron estadísticamente según el sexo, dado que la p en la totalidad de las variables fue mayor de 0,05.

Tabla 4. Relación entre los grupos etarios y tipo de lesión por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga.

		Grupos etarios				OR	IC	p
		19-44 años		45-64 años				
		n	%	n	%			
Excoriación	Sí	17	6,8%	7	7,1%	0,955	0,383-2,378	0,921
	No	234	93,2%	92	92,9%			
Fractura Cerrada	Sí	88	35,1%	35	35,4%	0,987	0,607-1,606	0,959
	No	163	64,9%	64	64,6%			
Hemorragia	Sí	2	,8%	0	,0%	----	-----	0,373
	No	249	99,2%	99	100,0%			
Herida No Penetrante	Sí	77	30,7%	32	32,3%	0,927	0,562-1,527	0,765
	No	174	69,3%	67	67,7%			
Herida Penetrante: Arma Blanca	Sí	47	18,7%	16	16,2%	1,195	0,642-2,226	0,574
	No	204	81,3%	83	83,8%			
Herida Penetrante: Arma De Fuego	Sí	0	,0%	1	1,0%	-----	-----	0,111
	No	251	100,0%	98	99,0%			
Mordedura Humana	Sí	2	,8%	2	2,0%	0,390	0,054-2,804	0,332
	No	249	99,2%	97	98,0%			
Quemadura	Sí	6	2,4%	3	3,0%	0,784	0,192-3,197	0,733
	No	245	97,6%	96	97,0%			
Estrangulación	Sí	1	,4%	0	,0%	-----	-----	0,529
	No	250	99,6%	99	100,0%			
Fractura Expuesta/abierta	Sí	6	2,4%	2	2,0%	1,188	0,236-5,987	0,835
	No	245	97,6%	97	98,0%			
Amputación De Dedos	Sí	5	2,0%	1	1,0%	1,992	0,230-17,268	0,524
	No	246	98,0%	98	99,0%			

Fuente: base de datos;

Elaborado por: Loor L., Moncada I.



En esta tabla hace una distinción de acuerdo al grupo etario (19-44 años y 45-64 años), donde resaltan los siguientes datos: la fractura cerrada incidió en el 35,1% de las personas entre los 19-44 años y al 35,4% de aquellas pertenecientes al rango de 45 a 64 años, luego la herida no penetrante tuvo repercusiones en el 30,7% de los sujetos en el primer grupo etario y en el 32,3% de aquellas que corresponden al otro conjunto de edad, finalmente, en lo que concierne a la herida penetrante por arma blanca esta perjudicó al 18,7% de las personas con edades entre 19-44 años y al 16,2% de aquellas en el rango de 45-64 años, así mismo, se documenta que no existió relación estadísticamente significativa entre los grupos etarios y los tipos de lesiones.

**Tabla 5. Nivel de instrucción y tipo de lesión por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga.**

		Educación				OR	IC	p
		Sin educación-Educación Primaria		Educación secundaria-Cuarto Nivel-Superior				
		n	%	n	%			
Excoriación	Sí	5	8,2%	19	6,6%	1,269	0,455-3,541	0,649
	No	56	91,8%	270	93,4%			
Fractura Cerrada	Sí	11	18,0%	112	38,8%	0,348	0,174-0,696	0,002
	No	50	82,0%	177	61,2%			
Hemorragia	Sí	0	,0%	2	,7%	-----	-----	0,515
	No	61	100,0%	287	99,3%			
Herida no penetrante	Sí	25	41,0%	84	29,1%	1,695	0,958-2,997	0,068
	No	36	59,0%	205	70,9%			
Herida Penetrante Arma blanca	Sí	16	26,2%	47	16,3%	1,831	0,955-3,508	0,066
	No	45	73,8%	242	83,7%			
Herida Penetrante Arma de Fuego	Sí	0	,0%	1	,3%	-----	-----	0,645
	No	61	100,0%	288	99,7%			
Mordedura Humana	Sí	1	1,6%	3	1,0%	1,589	0,162-15,53	0,688
	No	60	98,4%	286	99,0%			
Quemadura	Sí	2	3,3%	7	2,4%	1,366	0,277-6,739	0,701
	No	59	96,7%	282	97,6%			
Estrangulación	Sí	0	,0%	1	,3%	-----	-----	0,645
	No	61	100,0%	288	99,7%			
Fractura Expuesta	Sí	0	,0%	8	2,8%	-----	-----	0,189
	No	61	100,0%	281	97,2%			
Amputación De dedos	Sí	1	1,6%	5	1,7%	0,947	0,109-8,250	0,960
	No	60	98,4%	284	98,3%			

Fuente: base de datos;

Elaborado por: Loor L., Moncada I.



En la tabla 5 se observa que según el grado de instrucción en aquellos que no tuvieron educación formal o alcanzaron la primaria, se reportó que fueron más propensos a recibir excoriaciones (8,2%), heridas no penetrantes (41%), heridas penetrantes (26,2%), mordedura humana (1,6%) y quemaduras (3,3%), mientras que en aquellos que alcanzaron la secundaria o el cuarto nivel de educación predominaron las fracturas cerradas (38,8%), herida penetrante por arma de fuego (0,3%), estrangulación (0,3%), fractura expuesta (2,8%) y amputación de dedos (1,7%), encontrándose solo un comportamiento estadísticamente significativo entre aquellos con educación baja o ninguna y la protección en lo que respecta a las fracturas cerradas, dicho en otra forma, el no tener educación formal o haber culminado solo la primaria es un factor protector en relación a padecer una fractura cerrada, no obstante, este un hallazgo que se debe tomar con cautela, puesto que para fines didácticos y mejor comprensión estadística, se realizó de una forma dicotómica la división de las variables.

Tabla 6. Procedencia y tipo de lesión por violencia física en el Hospital José Carrasco Arteaga.

		Procedencia				OR	IC	p
		Rural		Urbana				
		n	%	n	%			
Excoriación	Sí	7	7,3%	17	6,7%	1,096	0,440-2,733	0,843
	No	89	92,7%	237	93,3%			
Fractura Cerrada	Sí	26	27,1%	97	38,2%	0,601	0,359-1,008	0,052
	No	70	72,9%	157	61,8%			
Hemorragia	Sí	0	,0%	2	,8%	1,008	0,997-1,019	0,383
	No	96	100,0%	252	99,2%			
Herida No Penetrante	Sí	35	36,5%	74	29,1%	1,396	0,850-2,292	0,187
	No	61	63,5%	180	70,9%			
Herida Penetrante: Arma Blanca	Sí	17	17,7%	46	18,1%	0,973	0,527-1,797	0,930
	No	79	82,3%	208	81,9%			
Herida Penetrante: Arma De Fuego	Sí	0	,0%	1	,4%	----	-----	0,538
	No	96	100,0%	253	99,6%			
Mordedura Humana	Sí	1	1,0%	3	1,2%	0,881	0,090-8,571	0,913
	No	95	99,0%	251	98,8%			
Quemadura	Sí	5	5,2%	4	1,6%	3,434	0,992-13,069	0,055
	No	91	94,8%	250	98,4%			
Estrangulación	Sí	1	1,0%	0	,0%	-----	-----	0,103
	No	95	99,0%	254	100,0%			
Fractura Expuesta/abierta	Sí	3	3,1%	5	2,0%	1,606	0,376-6,856	0,518
	No	93	96,9%	249	98,0%			
Amputación De Dedos	Sí	1	1,0%	5	2,0%	0,524	0,060-4,546	0,551
	No	95	99,0%	249	98,0%			

Fuente: base de datos;

Elaborado por: Loor L., Moncada I.



La tabla 6 también hace una separación respecto a la procedencia (rural y urbana), indicando que en general ambas tienen una afectación equiparable debido a las lesiones y sus tipos por violencia física, dicho esto, la distribución fue de la siguiente manera en las más representativas: fractura cerrada perjudicó al 27,1% de las personas que viven en el sector rural y al 38,2% de aquellas que lo hacen en la urbana, en lo que corresponde a la herida no penetrante esta incidió en el 36,5% de los evaluados que residen en la zona rural y al 29,1% que lo hacen en la urbana, por último, la herida penetrante por arma blanca tuvo repercusiones en el 17,7% de los individuos que provienen del área rural y al 18,1% de aquellos de la urbana, no se encontró asociación estadística entre la zona de procedencia y los tipos de lesiones, puesto que la totalidad resultó en una p menor de 0,05.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La violencia es una de las principales causas de lesiones prevenibles en todo el mundo ²², las lesiones intencionales causaron aproximadamente 1,6 millones de muertes en 2004, donde el suicidio representó el 51% y la violencia interpersonal el 37% ²³. El peso individual y familiar tanto de muertes como por lesiones violentas es alta, incluidos traumas físicos y psicológicos, períodos prolongados de rehabilitación y recuperación, así como pérdidas económicas. La carga social de la violencia podría ser aún mayor, en vista que los actos de esta índole erosionan las comunidades, incurren en un elevado costo para el tratamiento médico directo e indirecto y pueden desestabilizar las infraestructuras políticas ²⁴.

Posterior al análisis de los datos obtenido a través de la valoración de los ingresos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga se evidenció que las lesiones por violencia física más frecuentes fueron las localizadas en miembros superiores con el 50,3%, seguido por la cabeza en el 31,4%, siendo la fractura cerrada con un 35,1% y la herida no penetrante (31,1%) los tipos más frecuentes, seguido por herida penetrante/arma blanca con el 18%, este comportamiento se asemeja en parte a lo observado por Villar en un hospital en Perú en donde la cabeza fue la ubicación más frecuente de lesiones de causa externa con un 48,5%, mientras que el de miembros fue de 17,7%, siendo el dato de herida cortante de 60,4% inferior a lo observado en este estudio, seguido por la contusión en el 39,4% ²⁵.

En este orden de ideas en un análisis realizado en Malawi se identificó que la mayoría de las lesiones debido a violencia fueron por fuerza corporal en el 37,1%, seguido con el 27,4% por objetos contundentes y en el 25% por arma blanca, siendo las lesiones más frecuentes las de tejidos blandos con el 74,1% continuado por la fractura con el 8,3%, siendo cifras que difieren con las obtenidas en este reporte ²⁶. Del mismo modo en relación a causas de consulta por emergencia en un análisis realizado por Gomes se identificó que las heridas penetrantes por arma blanca fueron de 3,6%, luego por el 6,8% de armas de fuego, mientras que la agresión física por fuerza corporal fue de 4,8% ²⁷.

Las lesiones físicas fueron más frecuentes en los grupos etarios más jóvenes, así mismo en el sexo masculino, en aquellos que acudieron a la secundaria y los que provenían de zonas rurales, este perfil se asemeja a lo encontrado en el reporte de Gomes en Brasil en donde el sexo masculino representó el 76,2%, el grupo más afectado fue el de los adultos jóvenes con el 46,6% ²⁷, al igual que en el estudio de Mateus en donde el sector con mayores repercusiones fue el de los pacientes entre 15-44 años con un 79,2% y los hombres con el 86,7% ²⁸, igualmente se identifica en el informe de Villar que el sexo predominante fue el masculino con un 83,91% y el grupo entre los 21-29 años con el 35,06%.

Así mismo, en el registro de Sheikh y Cols., se observó una predominancia en los hombres con el 79,5%, siendo el grupo más afectado el de 25-29 años ²⁶, comportamiento similar observado en un reporte español en donde el conjunto con mayor incidencia fue el de los 18 a 35 años con el 44,9%, el sexo masculino con un 60,6%, siendo la pelea sin armas lo más frecuente, seguido por el 5,3% que fueron perjudicados por armas cortantes ²⁹.

En relación al tipo de tratamiento en el 53,1% de los casos de este análisis se optó por un manejo ambulatorio, probablemente por las características de las lesiones que permitían que el paciente fuera referido a su casa para su cura completa, este comportamiento se observó en el estudio de Gil-Borrelli en donde 89,4% recibió una gestión ambulatoria siendo dados de alta, mientras que el 4,5% fueron dejados en observación ²⁹, similar a lo encontrado en el reporte en Malawi en donde el 80,9% de los evaluados fueron dados de alta, 10,5% fueron hospitalizados y 0,1% murieron ²⁶.

En lo que respecta a las lesiones específicas y su relación con las características sociodemográficas no se observó una asociación estadísticamente significativa, sin embargo, es de mencionarse que el grupo más frecuente afectado fue al igual que el grupo en general los menores de 45 años, los de nivel secundario y aquellos que provinieron de zonas urbanas.

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

Se determinó que las lesiones por actos violentos más frecuentes fueron en los miembros superiores y en la cabeza, siendo con mayor recurrencia la fractura cerrada y las heridas no penetrantes y penetrante/arma blanca; estos son datos equiparables a lo encontrado en la bibliografía considerada. Por otra parte, la mayoría de los pacientes recibieron atención ambulatoria por el tipo de daño y muchas de estas personas fueron adultos jóvenes con un nivel de educación secundaria que provenían de zonas urbanas, donde el comportamiento de esta información en general fue similar a la obtenida de varios reportes revisados. En lo que concierne a las lesiones específicas, igualmente tuvieron repercusiones sobre el sector poblacional con dichas características sociodemográficas.

7.2 RECOMENDACIONES

Al culminar esta investigación se puede sugerir la toma de acciones que disminuyan todo tipo de violencia, a través de del espectro social que va desde el asesoramiento familiar hasta la creación de políticas y leyes comunitarias que logren armonizar la convivencia de todos los grupos como un colectivo. También se recomienda el fortalecimiento o aumento de la calidad de atención clínica de los profesionales de la salud mediante capacitaciones, de manera que, junto con servicios de apoyo brinden mayores contribuciones y tratamiento hacia los afectados por estos eventos violentos, así las víctimas pueden afrontar de mejor forma las consecuencias inherentes a dichos sucesos. Al final, se busca la reducción de los fallecimientos por estos acontecimientos, por tal motivo, se hace vital también proporcionar cualquier tipo de rehabilitación que el individuo necesite, para que cuente con una vida normal.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharkey P. The Long Reach of Violence: A Broader Perspective on Data, Theory, and Evidence on the Prevalence and Consequences of Exposure to Violence. *Annual Review of Criminology* [Internet]. 2018 [citado 7 de marzo de 2020];1(1):85-102. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-criminol-032317-092316>
2. OMS. The top 10 causes of death [Internet]. 2016 [citado 7 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. Dourado S de M, Noronha CV, Dourado S de M, Noronha CV. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 8 de marzo de 2020];20(9):2911-20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015000902911&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Domenech del Rio I, Sirvent Garcia del Valle E. The Consequences of Intimate Partner Violence on Health: A Further Disaggregation of Psychological Violence—Evidence From Spain. *Violence Against Women* [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 8 de marzo de 2020];23(14):1771-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801216671220>
5. Decker MR, Latimore AD, Yasutake S, Haviland M, Ahmed S, Blum RW, et al. Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. febrero de 2015 [citado 8 de marzo de 2020];56(2):188-96. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X14003838>
6. Yaya S, Kunnuji M, Bishwajit G. Intimate Partner Violence: A Potential Challenge for Women's Health in Angola. *Challenges* [Internet]. 18 de marzo de 2019 [citado 8 de marzo de 2020];10(1):21. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2078-1547/10/1/21>

7. World Health Organization. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
8. Armijos V. “La Política Criminal Ecuatoriana, Frente a un Estado Punitivo Sancionador, Contradice el Estado Constitucional de Derechos y Justicia, Violentando el Principio de Mínima Intervención Penal [Tesis de grado]. [Loja-Ecuador]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; 2019.
9. INEC. Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016. 2016.
10. Kivisto AJ, Watson ME. 12-Month Prevalence, Trends, Gender Differences, and the Impact of Mental Health Services on Intimate Partner Violence Perpetration Among Discharged Psychiatric Inpatients. J Fam Viol [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 8 de marzo de 2020];31(3):379-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9780-0>
11. MacIsaac MB, Bugeja L, Weiland T, Dwyer J, Selvakumar K, Jelinek GA. Prevalence and Characteristics of Interpersonal Violence in People Dying From Suicide in Victoria, Australia. Asia Pac J Public Health [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 8 de marzo de 2020];30(1):36-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1010539517743615>
12. OMS. 49a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. 1996.
13. OMS. Violence --- a global public health problem. 2016.
14. Iglesias Eguskiza L, Pardo Hernando M, Villanueva Arregui M. Heridas, contusiones y pequeños traumatismos. Farmacia Profesional [Internet]. 1 de septiembre de 2002 [citado 8 de marzo de 2020];16(8):58-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-heridas-contusiones-pequenos-traumatismos-13036530>
15. Harris JK, Jonson-Reid M, Carothers BJ, Fowler P. The Structure of Policy Networks for Injury and Violence Prevention in 15 US Cities. Public Health Rep [Internet]. 1 de

- mayo de 2017 [citado 8 de marzo de 2020];132(3):381-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0033354917705367>
16. OMS. INJURIES and VIOLENCE THE FACTS. 2016.
 17. Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, Souza JF de, Losso EM, et al. Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in a Southern Brazilian Metropolis. *Brazilian Dental Journal* [Internet]. febrero de 2015 [citado 5 de marzo de 2020];26(1):55-60. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-64402015000100055&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 18. Cu Le L, Blum RW. Intentional injury in young people in Vietnam: prevalence and social correlates. *MEDICC rev* [Internet]. julio de 2011 [citado 6 de marzo de 2020];13:23-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/medicc/2011.v13n3/23-28/>
 19. Joseph B, Khalil M, Zangbar B, Kulvatunyou N, Orouji T, Pandit V, et al. Prevalence of Domestic Violence Among Trauma Patients. *JAMA Surg* [Internet]. 1 de diciembre de 2015 [citado 6 de marzo de 2020];150(12):1177-83. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2432612>
 20. Lamawansa M, Piyathilake A. Incidence of Physical Injuries in a Rural Community in Sri Lanka: Results of the First Community Survey in Sri Lanka. *Indian J Community Med* [Internet]. octubre de 2008 [citado 6 de marzo de 2020];33(4):238-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763689/>
 21. Arrom Suhurt CH, Arce Ramírez AC, Arrom Suhurt CM, Fresco Arrom M del P, Samudio M, Capurro M, et al. Violencia intrafamiliar en pacientes en edad pediátrica que recibe atención psicológica. Frecuencia, factores predisponentes y consecuencias. *Mem Inst Investig Cienc Salud* [Internet]. 12 de diciembre de 2015 [citado 6 de marzo de 2020];13(3):24-30. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282015000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

22. OMS. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. 2014 [citado 9 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564793>
23. Mathers CD. History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. Archives of Public Health [Internet]. 24 de agosto de 2020 [citado 9 de enero de 2021];78(1):77. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00458-3>
24. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet [Internet]. 17 de octubre de 2020 [citado 9 de enero de 2021];396(10258):1204-22. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/abstract)
25. Villar E. Lesiones de causa externa y su relación con el alcohol en un hospital de emergencias miraflores - lima (2014-2016) [Tesis de grado]. [Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020.
26. Sheikh S. Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. Mal Med J [Internet]. 31 de marzo de 2020 [citado 9 de enero de 2021];32(1):24-30. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/mmj/article/view/194906>
27. Gomes AT de L, Silva M da F, Dantas BA da S, de Miranda JMA, Melo G de SM, Dantas RAN, et al. Perfil epidemiológico de las emergencias traumáticas asistidas por un servicio prehospitalario móvil de urgencia. Enfermería Global [Internet]. 2017 [citado 9 de enero de 2021];16(45):384-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000100384&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Mateus L. Severidad del trauma calculada con registros de necropsia en diferentes tipos de lesión, Bogotá, 2013. 2018.
29. Gil-Borrelli CC, Martín Ríos MD, Latasa Zamalloa P, López-Corcuera L, Ben-Abdellah LD, Rodríguez Arenas MÁ, et al. Violencia de odio en los servicios de urgencias de hospitales de tercer nivel. Primeros datos en España. Gaceta Sanitaria



[Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 9 de enero de 2021];34(6):561-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301517>

CAPÍTULO IV

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Característica fenotípica del sujeto	Característica física	Sí No	Cualitativa Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del incidente	Característica física	Número en años	Cuantitativa Continua
Procedencia	Lugar de vivienda	Característica demográfica	Rural Urbana	Cualitativa Nominal
Grado de instrucción	Nivel educativo alcanzado por el paciente	Característica sociodemográfica	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitaria	Cualitativa Ordinal
Localización de la lesión	Lugar de la lesión	Antecedente	Cabeza Miembros Tórax Abdomen	
Tipo de lesión	Característica de la lesión	Antecedente	Herida penetrante Herida no penetrante Fractura expuesta Fractura cerrada Amputación Hemorragia Mordedura Picadura Excoriación Deformidad Quemadura	Cualitativa Nominal
Tratamiento	Terapia médica	Antecedente	Tratamiento médico ambulatorio.	Cualitativa Nominal



	recibida por el paciente		Tratamiento quirúrgico	
--	-----------------------------	--	---------------------------	--



ANEXO 2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN PARA ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LESIONES POR VIOLENCIA FÍSICA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2019.

Número de formulario

--	--	--

Numero de Historia Clínica

--	--	--	--	--	--	--

Edad

Sexo

- Masculino ____
- Femenino ____

Procedencia

- Urbana ____
- Rural ____

Grado de instrucción

- Analfabeta ____
- Primaria ____
- Secundaria ____
- Técnico/ Universitaria ____
- Cuarto Nivel ____



Localización de la lesión

- Cabeza ____
- Miembros ____
- Tórax ____
- Abdomen ____

Tipo de lesión

- Herida arma blanca ____
- Herida arma de fuego ____
- Fractura ____
- Amputación ____
- Mordedura ____
- Lesión contusa ____
- Quemadura ____

Tratamiento

- Tratamiento médico clínico ____
- Tratamiento quirúrgico ____



ANEXO 3. RECURSOS MATERIALES

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Computadoras	2	\$350	\$700.00
Internet	2	\$37	\$74.00
Papelería para formularios de recolección	300	\$0.02	\$6.00
Bolígrafos	4	\$ 0.40	\$ 1.60
Transporte	2	\$100	\$200
Impresión protocolo	5	\$ 12.00	\$ 60.00
Impresión tesis	3	\$ 20.00	\$ 60.00
Total		\$ 519.42	\$ 1101.60

Elaborado por: Loor L., Moncada I.



ANEXO 4. DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

Nosotras, Leyda Coralía Loor Martínez con CI: 0923407753 e Isabel Carolina Moncada Albarracín con CI: 1726096108, autoras del proyecto de investigación “Lesiones por violencia física atendidas en el servicio de Emergencia del hospital “José Carrasco Arteaga” en el periodo enero – diciembre del 2019. Declaramos no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero, ni académico que pueda influir en nuestro juicio. Declaramos, además, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

Manifestamos que se cuenta con la correspondiente aprobación para la realización de este proyecto de investigación por los departamentos pertinentes.

Isabel Carolina Moncada Albarracín

CI. 1726096108

Leyda Coralía Loor Martínez

CI. 0923407753